IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 196)
z dnia 28 września 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 196)

28 września 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych.

W posiedzeniu udział wzięli: **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Robert Łukasz** p.o. wicedyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie wraz ze współpracownikami, **Marek Wójcik** pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich, **Marek Wleklik** przedstawiciel Izby Gospodarczej „Farmacja Polska".

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Małgorzata Siedlecka-Nowak**, **Jakub Stefański**, **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dzień dobry. Proszę państwa, otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia.

Witam członków Komisji, witam zaproszonych gości z panem ministrem, który jest tête-à-tête z panią poseł, ale zostawmy. Witam przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli. Witam zaproszonych gości i stronę społeczną.

Jednocześnie stwierdzam kworum, bo to jest najważniejsza rzecz, jeżeli chodzi o prawomocność obrad Komisji.

Dzisiejszy porządek posiedzenia przewiduje rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli o wynikach kontroli dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. Informację przedstawi prezes Najwyższej Izby Kontroli. Czy są jakieś uwagi do proponowanego porządku dziennego? Jeżeli nie słyszę, to myślę, że porządek dzienny uważam za przyjęty. Przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Informuję, że materiały zostały wysłane do państwa posłów i zamieszczone na iPadach poselskich w folderze SDI oraz są również dostępne w formie papierowej, zresztą bardzo ładne wydanie. Dziękuję.

Proszę w związku z tym przedstawicieli Najwyższej Izby Kontroli o przedstawienie informacji. Później do tego odniesie się przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia pan minister Miłkowski. Następnie dyskusja i ewentualne wnioski. W związku z tym, że dzisiaj jest prezydium Najwyższej Izby Kontroli, pan prezes Najwyższej Izby Kontroli upoważnił pana Roberta Łukasza, wicedyrektora Delegatury NIK w Rzeszowie, o przedstawienie wyżej wymienionego przeze mnie dokumentu. Panie dyrektorze, proszę uprzejmie.

Pełniący obowiązki wicedyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie Robert Łukasz:

Bardzo dziękuję.

Szanowny panie przewodniczący, szanowne panie, szanowni panowie posłowie, panie ministrze, Delegatura Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie przygotowała i koordynowała kontrolę „Dostępność profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych". Kontrola obejmowała okres od 2018 r. do pierwszego kwartału 2020 r. Została przeprowadzona w podmiotach leczniczych z terenu dziewięciu województw. Ponieważ ta informacja już jakiś czas temu

została opublikowana, przedstawię syntetycznie najważniejsze zagadnienia o charakterze systemowym, które uważamy, że właśnie byłyby dla państwa najciekawsze.

Kontrola została podjęta z własnej inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli. Jej celem była ocena zapewnienia przez system opieki zdrowotnej skuteczności dostępu do profilaktyki, diagnostyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. Kontrolą objęto ministra zdrowia, a także 24 podmioty lecznicze realizujące świadczenia w zakresie POZ, w szczególności w tych podmiotach analizie poddano ponad 1000 dokumentacji medycznych pacjentów z tych jednostek. Warto wskazać, że podmioty te opiekowały się łącznie 155 tys. pacjentów w wieku do 18 lat, czyli to jest około 2% pacjentów w tym wieku w kraju. Skontrolowaliśmy także osiem podmiotów realizujących świadczenia AOS w zakresie świadczeń dla poradni endokrynologicznych dla dzieci, które w latach 2018–2019 obejmowały opieką specjalistyczną około 7 tys. pacjentów z zaburzeniami metabolicznymi, i oczywiście kontrolowaliśmy ministra zdrowia.

Szanowni państwo, otyłość to choroba przewlekła, wymagająca leczenia. Jest to jedna z najpowszechniejszych chorób cywilizacyjnych, której towarzyszy aż 270 powikłań zdrowotnych. Skala zjawiska otyłości systematycznie rośnie zarówno na świecie, jak i w Europie – i również w Polsce. Przekłada się ona na krótszą oczekiwaną długość życia, a także na utrudnienia w edukacji czy w funkcjonowaniu na rynku pracy. Szczególnie niepokojące jest tempo wzrostu otyłości wśród dzieci i młodzieży. Właśnie te zarysowane przeze mnie powody skutkowały podjęciem przez NIK tej kontroli. Otyłość, mimo że jest chorobą, bywa traktowana jako defekt natury estetycznej lub tylko czynnik ryzyka dla innych chorób.

Szanowni państwo, podczas kontroli stwierdziliśmy, że minister zdrowia podejmował działania mające na celu poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi, które wynikają z otyłości oraz chorób cywilizacyjnych. W szczególności zainicjował zmianę ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, która zakładała uelastycznienie kształcenia podyplomowego w celu poprawy dostępności do lekarzy specjalistów. Brał udział w pracach legislacyjnych nad ustawą o zmianie niektórych innych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów. Utworzył internetowy portal Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, które upowszechnia wiedzę na temat zdrowego odżywiania i umożliwia dostęp do porad dietetycznych online, a także wspólnie z innymi podmiotami podejmował inicjatywy i projekty promujące zdrowy styl życia (jednakże jeśli chodzi o te inicjatywy podejmowane wspólnie z innymi podmiotami, to efektów tych działań nie monitorowano, zatem nie jest możliwa ocena ich skuteczności, czyli wpływu na poprawę stanu zdrowia) czy w końcu leczenie otyłości uznano za jeden z priorytetów zdrowotnych „Narodowego programu zdrowia na lata 2016–2020”.

Szanowni państwo, z ustaleń kontroli wynika jednak, że te działania nie doprowadziły do spadku ani nawet do zahamowania tempa wzrostu liczby dzieci i młodzieży z nadmierną masą ciała. W naszej kontroli stwierdziliśmy, że takie przypadki występują u około 21,7% dzieci i dzielą się one mniej więcej w ten sposób, że około 1/3 z tych 21% cierpiała na otyłość, a pozostałe 2/3 miało nadwagę. Innymi słowy funkcjonujące dotychczas rozwiązania organizacyjne nie zabezpieczały udzielania odpowiednich do potrzeb świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi.

Generalnie stwierdziliśmy, że nie ma w kraju jednolitych badań obejmujących całą populację dzieci i młodzieży pod kątem nadwagi i otyłości. Dane o skali nadwagi i otyłości pozyskiwane w ramach statystyki publicznej – tu chodzi o sprawozdania MZ-11, MZ-06 – ze względu na ich niepełny zakres nie przedstawiały rzeczywistej skali problemu, i co ważne, znacząco różniły się od wyników badań naukowych oraz raportów sporządzanych na zlecenie ministra. W statystyce nie pojawiają się dzieci z otyłością, które w danym roku nie skorzystają z porady lekarza. Dzieci z nadwagą nie są w ogóle objęte statystyką publiczną. Stwierdziliśmy też niestety, że dane zawarte w sprawozdaniach niektórych jednostek były wykazywane przez podmioty lecznicze nierzetelnie. Gdyby przyjąć dane jedynie z tych sprawozdań statystycznych, GUS-owskich, wynika z nich, że problem otyłości dotyczyłby około 1,5% dzieci.

Kolejne zagadnienie, obowiązkowe – badania bilansowe realizowane w ramach POZ, które powinny być głównym źródłem informacji o stanie zdrowia, które umożliwiają wczesne wykrywanie nadwagi i otyłości. Tymi badaniami objęto w 2019 r. tylko nieco ponad 60% dzieci i młodzieży. Jest to o około 30 punktów procentowych mniej niż w 2013 r. W tych jednostkach POZ, w których byliśmy na kontroli, stwierdziliśmy, że odsetek wykonanych badań bilansowych pacjentów wyniósł w 2018 r. niespełna 56%, a w 2019 r. niespełna 54%.

Z naszych ustaleń wynika, że lekarze POZ i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej diagnozowali i leczyli dzieci i młodzież z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. Na podstawie dokumentacji medycznej ustaliliśmy w kontroli, że redukcję masy ciała da się na tej podstawie potwierdzić tylko u około 15% pacjentów POZ i 13% ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na podstawie analiz wyliczonego przez nich wskaźnika BMI dla 644 pacjentów w wieku od 2 do 18 lat stwierdziliśmy właśnie, że ta nadwaga i otyłość występuje u około 21,7% dzieci. Stwierdziliśmy, że w około 1/3 przypadków lekarze nie postawili pacjentom diagnozy nadwagi lub otyłości, mimo że wartość tego wskaźnika BMI na to wskazywała. Z zapisów dokumentacji medycznej w POZ dla 240 pacjentów – badaliśmy szczegółowo tę dokumentację – stwierdziliśmy, że blisko połowa z nich podjęła leczenie, jest to niespełna 50%. Natomiast w 7,5% przypadków w dokumentacji lekarskiej odnotowano, że pacjenci, a w zasadzie można by powiedzieć, że ich rodzice zakwestionowali diagnozę. Na podstawie dokumentacji da się stwierdzić, że u 12% pacjentów leczonych w POZ w wyniku tego leczenia nastąpiła ogólna poprawa stanu zdrowia, u 14% brak takiej poprawy lub pogorszenie stanu zdrowia, w pozostałych przypadkach na podstawie dokumentacji medycznej nie można było tego określić. Redukcję masy ciała odnotowano u nieco ponad 15% pacjentów, a brak takiej redukcji u blisko 40%. W pozostałych przypadkach dokumentacja medyczna nie zawierała wystarczających danych, żeby to jednoznacznie stwierdzić.

Lekarze rodzinni POZ, którzy odpowiadają za profilaktykę i leczenie, wskazywali, że nie czują się wystarczająco kompetentni i nie mają czasu na porady dietetyczne czy krzewienie prozdrowotnych nawyków żywieniowych. Takie porady dietetyczne nie znajdowały się w koszyku gwarantowanych świadczeń w ramach AOS. Innymi słowy leczenie otyłości nie było wspomagane przez dietetyka lub zespoły interdyscyplinarne składające się też z innych specjalistów. Lekarze, zarówno POZ, jak i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, wskazywali, że brak ujęcia w koszyku świadczeń gwarantowanych porad dietetycznych ogranicza skuteczność zapobiegania i leczenia otyłości, a udział dietetyka w takim zespole terapeutycznym znacznie zwiększyłby efektywność leczenia.

Minister zdrowia nie planował utworzenia w ramach AOS poradni specjalistycznych dla dzieci lub ośrodków interdyscyplinarnych zapewniających świadczenia udzielane przez zespoły składające się z lekarza, dietetyka, psychologa, trenera, fizjoterapeuty. Nie planował także rozszerzenia katalogu specjalności lekarskich o obesitologię.

Szanowni państwo, w 2020 r. spadła liczba poradni endokrynologii lub endokrynologii i diabetologii dla dzieci przy wzroście liczby dzieci wymagających takiej opieki. Jednym ze skutków było wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę i były takie województwa, w których wynosił on ponad rok. Występują również dysproporcje w rozmieszczeniu tych poradni na terenie całego kraju. Nie będę omawiał szczegółowo wyników z tego obszaru. Powiem, że w materiałach, które państwo otrzymaliście, na str. 15 jest grafika, która pokazuje dane z poszczególnych województw. Powiem tylko, że średni czas oczekiwania dla przypadku pilnego wynosił 53 dni, a średni czas oczekiwania dla przypadku stabilnego 163 dni (to są dane sprzed pandemii). Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że spośród ponad setki pacjentów skierowanych przez lekarza POZ do leczenia w poradniach endokrynologicznej lub endokrynologicznej diabetologicznej dla dzieci leczenie podjęło tylko 52 pacjentów, to 51% z tej próby. Efektem leczenia tych zaburzeń była redukcja masy ciała u 13% pacjentów.

Szanowni państwo, stwierdziliśmy, że nie wszystkie jednostki przekazywały informacje o wdrożonym leczeniu specjalistycznym do POZ, w 60% analizowanych kart zdrowia taka informacja była, w pozostałych takiej informacji nie było. Naszym zdaniem brak takiej informacji dla lekarza rodzinnego znacznie utrudnia koordynację leczenia.

Jeśli chodzi o liczbę lekarzy, z naszych danych wynika, że rekomendowana przez konsultantów krajowych liczba lekarzy specjalizacji z medycyny rodzinnej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej oraz pediatrii metabolicznej była znacząco wyższa – od 60% dla medycyny rodzinnej do 300% dla pediatrii metabolicznej – od aktualnej liczby lekarzy. Innymi słowy to jest skala braków tych specjalności – te dane zakładają wymianę pokoleniową do 2024 r.

Szanowni państwo, w 54 skontrolowanych POZ nie stwierdziliśmy żadnych wydatków na profilaktykę właśnie tych zaburzeń. Prewencja polegała głównie na udzielaniu ustnych pouczeń czy przekazywaniu materiałów promocyjnych firm farmaceutycznych. Również odeślę państwa do szczegółowych danych na ten temat, które są na str. 53 przekazanego materiału. Powiem tylko, że znaczące wydatki na profilaktykę ponosił tylko jeden podmiot, natomiast regularnie, czyli każdego badanego roku, te wydatki ponosiły dwa podmioty.

Stwierdziliśmy, że wszystkie skontrolowane jednostki POZ dysponowały odpowiednim wyposażeniem, jeśli chodzi o gabinet czy też sprzęt pozwalający na rozpoznanie nadwagi lub otyłości i innych najczęstszych symptomów zaburzeń metabolicznych u dzieci i młodzieży. Nie jest to bardzo skomplikowany sprzęt, ale stwierdziliśmy, że nie ma z nim problemu i jest on sprawny.

Najważniejsze wnioski. Do ministra zdrowia skierowaliśmy szereg wniosków. Przedstawię ich wybór: o przygotowanie i wdrożenie ogólnopolskiego, kompleksowego planu działań mających na celu profilaktykę i leczenie nadwagi i otyłości u dzieci i młodzieży; o zapewnienie adekwatnych do potrzeb sposobów, struktur, standardów do realizacji takiego planu; podjęcie działań czy podjęcie skutecznych działań w celu zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w tych dziecięcych dziedzinach medycyny; podjęcie działań związanych z oszacowaniem populacji dzieci i młodzieży z nadwagą i niezdiagnozowanych chorych na otyłość; czy w końcu podjęcie działań mających na celu zwiększenie liczby wykonywanych badań bilansowych u dzieci i młodzieży.

Kolejny wniosek dotyczył wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych świadczeń z zakresu poradnictwa żywieniowego i leczenia dietetycznego, wprowadzenia świadczeń zespołów interdyscyplinarnych – obejmujących opiekę lekarza, psychologa, dietetyka, rehabilitanta, fizjoterapeuty – do świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS i wniosek o zintensyfikowanie już rozpoczętych prac nad przygotowaniem projektu ustawy regulującej zawód dietetyka.

Szanowni państwo, poczynię tutaj małe zastrzeżenie. Oczywiście mamy świadomość, że minister nie ma możliwości czy nie od niego jedynie zależy realizacja tych wniosków, chociażby o liczbie wykonywanych badań bilansowych – to jest odpowiedzialność rodziców i tutaj do nich należałoby kierować taki wniosek. Natomiast skierowaliśmy je pod adresem pana ministra jako głównego organu odpowiedzialnego za zdrowie w kraju.

Do podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wnioskowaliśmy o monitorowanie realizacji tego obowiązku przekazywania lekarzowi rodzinnemu informacji związanych z leczeniem pacjenta – aby ten właśnie lekarz rodzinny miał szansę koordynować proces leczenia. Do podmiotów POZ wnioskowaliśmy o podejmowanie działań mających na celu zapewnienie rzetelnej realizacji i dokumentowanie bilansów zdrowia oraz zapewnienie rzetelnych, zgodnych ze stanem faktycznym danych w sprawozdaniach statystycznych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o wnioski do kierowników jednostek kontrolowanych w tych indywidualnych kontrolach, sformułowaliśmy ogółem 49 takich wniosków i wedle informacji przekazanej przez tych kierowników znakomita większość została zrealizowana. Do jednego wystąpienia pokontrolnego, skierowanego do ministra zdrowia, pan minister złożył sześć zastrzeżeń. Kolegium NIK trzy z nich uwzględniło w części, w pozostałym zakresie zastrzeżenia oddaliło.

Szanowni państwo, jeszcze uwaga na zakończenie. Te dane, o których mówiłem, i te dane zawarte w informacji dotyczą okresu sprzed pandemii, to znaczy nie mamy tutaj sytuacji, że ten nadzwyczajny okres funkcjonowania społeczeństwa, ale też przede wszystkim służby zdrowia miał na to jakiś istotny wpływ. Dane pochodzą z dokumentacji medycznej pacjentów, więc uważamy je za takie mocno potwierdzone i wiarygodne. Wyniki tej kontroli cieszą się ponadprzeciętnym zainteresowaniem środowisk medycz-

nych. Były prezentowane już na kilku konferencjach naukowych i kongresach. Łącznie z wynikami naszej kontroli na stronie internetowej opublikowaliśmy również zanonimizowane dane szczegółowe o wadze i wzroście pacjentów w wielu od 2 do 19 lat do dalszego wykorzystania w celach naukowych, ponieważ środowiska naukowe wskazują, że tych danych nie ma za wiele.

Bardzo dziękuję, to wszystko tytułem mojego referatu. Jest ze mną również pani Magdalena Gierlak, specjalista kontroli państwowej, która koordynowała tę kontrolę. W przypadku szczegółowych pytań jesteśmy do państwa dyspozycji. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję, panie dyrektorze.

Czy pani jeszcze chciała uzupełnić tę wypowiedź pana dyrektora? Jeżeli tak – to proszę.

Specjalista kontroli państwowej w Delegaturze Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie Magdalena Gierlak:

Dzień dobry. Nie, wszystko zostało powiedziane.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

W związku z tym chciałbym poprosić pana ministra o wypowiedzenie się na temat wystąpienia pana dyrektora, odniesienie się do uwag i wniosków, które z tej kontroli zostały wyprowadzone. Panie ministrze, proszę uprzejmie.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Na wstępie chciałem bardzo serdecznie podziękować za tę kontrolę, ponieważ temat jest bardzo istotny, ważny społecznie i wiemy z wyników, że dużo rzeczy jest do poprawy – i w pełni zdajemy sobie z tego sprawę. Tym bardziej że, tak jak pan dyrektor powiedział, okres badany to był okres przed pandemią, a pandemia na pewno nie polepszyła sytuacji, w związku z tym pracy jest jeszcze przed nami dużo.

Jeśli chodzi o tę kontrolę, to tak jak pan dyrektor powiedział, Ministerstwo Zdrowia ustosunkowało się do kontroli, przeanalizowaliśmy to wystąpienie, przedstawiliśmy kompleksowe stanowisko w sprawie zawartych ustaleń i częściowo uwagi zostały uwzględnione, a częściowo nie. Problem wzrastającej liczby osób dotkniętych nadwagą i otyłością nie dotyczy tylko naszego kraju, ale dotyczy całej populacji, ma charakter globalny w państwach uprzemysłowionych. Zmiany postaw i zachowań oraz konsekwencje dla zdrowia jednostek i populacji nie są możliwe do zaobserwowania w ciągu miesięcy, ale w ciągu lat jest widoczny efekt pogarszania tego stanu. Zadania te będziemy realizować pod kątem monitorowania w długim okresie.

Oczywiście pan dyrektor zwrócił uwagę, że państwo posługiwali się faktyczną dokumentacją medyczną pacjentów z podstawowej opieki zdrowotnej, jak również z dokumentacji specjalistycznej. Dokumentacja w wielu podmiotach jest elektroniczna, czasami jeszcze papierowa, ale ministerstwo i Narodowy Fundusz Zdrowia nie posiada kompleksowej informacji na temat wpisów, które są w dokumentacji medycznej, wpisów dotyczących otyłości i realizowanych programów specjalistycznych, porad specjalistycznych czy informacji o zmianie stanu u tych osób. Planujemy w Ministerstwie Zdrowia w przyszłym roku przejść na dokumentację elektroniczną realizacji bilansów zdrowia dzieci. Jest to kompleksowa informacja, którą chcemy wykorzystywać do monitorowania stanu zdrowia, żeby mieć na bieżąco diagnozę, wizytówkę, jak wygląda faktycznie stan, i dopiero po tej informacji będziemy mieć możliwość analizowania szczegółowo trendów na poziomie poszczególnych obszarów, gmin czy poszczególnych terytoriów. Możliwość tego obserwowania jest również bardzo ważna przy istotnej wykonalności bilansów zdrowia. Pan dyrektor zwrócił uwagę, że tylko około 60% osób miało wykonany bilans – i to jest bardzo istotny element, nad którym będziemy pracowali. Będziemy widzieli dokładnie, który POZ, w zależności od nadzorowanej populacji, jakie ma wyniki badań bilansowych i na pewno na podstawie tego będziemy mogli promować albo negatywnie promować te podmioty, które mają niestandardowe, poniżej mediany wykonanie tych badań bilansowych.

Od 2016 r. wdrażany jest „Narodowy program zdrowia” i teraz trwa już druga edycja – 2021–2025. Jednym z zadań tego narodowego programu jest profilaktyka nadwagi i otyłości. W tym planie założono realizację zadania z zakresu zdrowia publicznego pod nazwą „Monitorowanie, wczesna diagnoza i interwencja w zakresie występowania nadwagi i otyłości oraz podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi w populacji dzieci”. Program realizowany jest pod nazwą „Diagnoza – interwencja – nadciśnienie – otyłość” i wartością dodaną projektu jest przeprowadzenie badań z uwzględnieniem zmian behawioralnych wynikających z epidemii COVID-19.

Zostanie również przeprowadzona kampania edukacyjna, której celem jest rozszerzenie działań związanych z monitorowaniem nadwagi, otyłości i podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi dzieci ośmioletnich podczas pandemii. Bardzo istotnym elementem jest żywienie, nawyki prozdrowotne związane ze stylem życia utrwalone w tym okresie są bardzo istotnym elementem na dalsze dorosłe życie. W związku z tym należy zaznaczyć, że żywienie w jednostkach systemu oświaty jest bardzo istotne. Dzieci spędzają bardzo dużą część dnia w szkołach i bardzo istotnym elementem zmiany tych zachowań prozdrowotnych było rozporządzenie ministra zdrowia regulujące zasady żywienia dzieci i młodzieży w przedszkolach i szkołach, tzw. rozporządzenie sklepikowe. Ministerstwo Zdrowia również współpracuje z Ministerstwem Rolnictwa i Rozwoju Wsi w zakresie bezpłatnej dystrybucji owoców, warzyw oraz produktów mlecznych, a także prowadzonych działań edukacyjnych w tym zakresie.

Jeśli chodzi o edukację, to również warto wspomnieć o programie „Trzymaj formę”, który jest realizowany przez Główny Inspektorat Sanitarny we współpracy z Polską Federacją Producentów Żywności, którego celem jest kształtowanie prozdrowotnych nawyków młodzieży szkolnej i ich rodzin poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia. Również działania na rzecz przeciwdziałania otyłości u dzieci i młodzieży są realizowane w ramach programu „Zdrowie” współfinansowanego z norweskiego mechanizmu finansowego i tam w tym zakresie jest dedykowany temu moduł pierwszy „Odżywianie i sport”. Również wspólnie z ministerstwem edukacji Ministerstwo Zdrowia przygotowało program edukacji żywieniowej w klasach I–VI pod nazwą JEŻ. Program będzie realizował wsparcie uczniów po pandemii, będzie obejmował ponad 2 tys. uczniów z całej Polski i potrwa do połowy przyszłego roku.

Ministerstwo analizuje szereg rozwiązań w tym zakresie. Jednym z istotnych elementów jest wdrożona ustawa promująca prozdrowotne wybory konsumentów. Światowa Organizacja Zdrowia wymienia właśnie politykę fiskalną jako jedną z priorytetowych interwencji na rzecz promocji zdrowego odżywiania. Ustawa już weszła w życie i wprowadziła tzw. opłatę cukrową od napojów słodzonych. Aktualnie w ministerstwie planowane są prace dla stworzenia opieki koordynowanej dla dzieci poniżej 18. roku życia, u których stwierdzono występowanie otyłości lub wysokie ryzyko jej rozwoju, i odrębne poszerzenie projektu pilotażowego KOS-BAR dla pacjentów dorosłych leczonych z powodu otyłości w przypadku BMI powyżej 30. W tym zakresie będziemy się także skupiali w następnym okresie. Teraz głównym naszym zadaniem jest właśnie zinformatyzowanie dokumentacji bilansowej i na tej podstawie będziemy właśnie mogli przeprowadzać bardzo istotne interwencje i monitorować efektywność przeprowadzanych interwencji – czy są one skuteczne.

Dziękuję bardzo serdecznie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo panu ministrowi za odniesienie się do wystąpienia pana dyrektora, przedstawiciela NIK-u w sprawie kontroli dostępności profilaktyki i leczenia dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami metabolicznymi wynikającymi z otyłości i chorób cywilizacyjnych. Tytuł jest dość skomplikowany, bo on zawiera w sobie bardzo wiele różnych czynników, bo zaburzenia metaboliczne wynikające z otyłości, a myśmy mówili o otyłości, która być może jest wynikiem zaburzenia metabolicznego, ale nie tylko, bo i nawyków żywieniowych, ogólnej wiedzy o dietetyce itd., itd.

Myślę, że w tej chwili otworzę dyskusję. Jako pierwszy zgłosił się pan przewodniczący Miller. Proszę uprzejmie.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Chciałem podziękować za tę kontrolę, chciałem podziękować za wystąpienie pana ministra. Niewątpliwie problem otyłości, o którym dzisiaj mówimy, jest problemem, który się nie zmniejsza, lecz zwiększa. Jak państwo wiecie, w 2025 r. przy takim tempie rozwoju otyłości ponad 26% kobiet i 30% mężczyzn w Polsce będzie dotkniętych problemem otyłości. Otyłość, proszę państwa, to nie jest tylko kwestia estetyczna. Tak jak pan przewodniczący przed chwilą powiedział, to są zaburzenia metaboliczne, to jest cukrzyca, nadciśnienie, choroby układu krążenia, a w końcu choroby układu ruchu i choroby nowotworowe. Niestety przez wiele lat nie mamy poprawy sytuacji, a wręcz odwrotnie. Wniosek, który wynika z kontroli NIK-u, jest bardzo, że tak powiem, pesymistyczny, dlatego że nie ma całościowego podejścia do rozwiązania tego problemu.

Pan minister mówi o różnych akcjach, ale od wielu, wielu lat te akcje to są akcje doraźne. Czyli akcja, która w jednym roku jest w kilkunastu szkołach. W tym miejscu pan minister się przejęzyczył, w obronie pana ministra muszę powiedzieć, że to jest 2 tys. szkół, nie 2 tys. uczniów w tym roku. Jednak przypomnę, że szkół podstawowych w Polsce jest 15 tys., że drugie 15 tys. to są licea, szkoły zawodowe i inne szkoły średnie. Jest to ponad 30 tys. szkół. Jeżeli doliczymy do tego jeszcze przedszkola, których jest też kilkanaście albo kilkadziesiąt tysięcy, to mamy dzisiaj obraz tego, jaka część tego problemu jest objęta kontrolami. Mówimy o badaniach bilansowych. Wiemy, że nie ma obowiązku tego, żeby pielęgniarka była w szkole.

Pan minister powiedział o zaniedbaniach rodziców, natomiast moim zdaniem to właśnie ministerstwo powinno wprowadzić takie zasady, które by doprowadziły do tego, żeby badania bilansowe były wykonywane. Jeżeli nie przez to, że rodzice mają się zgłaszać do lekarza rodzinnego, to przez wprowadzenie tych badań bilansowych obowiązkowo w szkołach i przedszkolach. Zaś w tych badaniach bilansowych powinny być też zmienione zasady i one powinny być robione częściej, dlatego że jeżeli spojrzymy, to one nie są robione co roku u dziecka, tylko one są robione co dwa, co cztery lata itd. W związku z czym ucieka nam okres, w którym przegapiamy moment, kiedy zaczynają występować zaburzenia.

Jakie teraz wnioski? Brak działania takiego kompleksowego. Czyli pierwsze działanie to powinno być działanie polegające… Już nie mówię o dorosłych, bo ich to też dotyka, na razie tylko mówię o młodzieży, nie mówię o grupie osób dorosłych. Działania powinny być stałe, sukcesywne, być może robione przez pielęgniarkę w szkole. Wtedy powiadomienie rodziców o konieczności zgłoszenia się do lekarza POZ, ale do lekarza POZ, który by stwierdził, czy otyłość jest wynikiem błędu dietetycznego, nawyków żywieniowych w domu, czy może być skutkiem zaburzeń metabolicznych. Jeżeli skutkiem zaburzeń metabolicznych, to takie dziecko czy taka osoba powinna być kierowana do poradni endokrynologicznej. Pomijam już oczywiście terminy dostania się, o których pan prezes mówił. Jest to pierwsza zasada.

Nie lekarz POZ powinien leczyć otyłość według mnie, tylko w powiatach powinny być stworzone poradnie obesitologiczne. Czyli powinien być tam lekarz, powinien być dietetyk, powinien być psycholog i powinien być fizjoterapeuta. U osób dorosłych, u których otyłość jest olbrzymia i wymaga działania chirurgicznego, w szpitalach wojewódzkich czy poradniach wojewódzkich powinny być poradnie zajmujące się leczeniem chirurgicznym.

Druga sprawa to jest sprawa edukacji. Zamiast przeprowadzania okresowych akcji w szkołach trzeba wprowadzić przedmiot zdrowia publicznego, który obejmowałby również sposób odżywiania. Ponieważ jak państwo mówicie, otyłość często jest skutkiem błędu osób dorosłych, to widziałem wiele, wiele lat temu, kiedy wyjeżdżaliśmy na wizyty do miast w innych krajach Europy, tam były takie przedmioty, w których uczono dzieci zasad sporządzania posiłków, również z praktycznym sporządzaniem tych posiłków. W szkole powinni być zatrudnieni dietetycy. Dzisiaj nie mamy dietetyków w szkołach, a przecież mamy kadrę ludzi wykształconych w tym kierunku. Jeżeli nie możemy przenieść zasad dobrego żywienia z domu, od osoby dorosłej do dziecka, to musimy zrobić odwrotnie, musimy spróbować przenieść zasady i nauczyć dziecko, żeby przekazywało te dobre zasady do domu. Tego nam brakuje.

Pan minister mówił o akcjach dotyczących sklepików w szkole. Przyszedł chyba czas, żebyśmy powiedzieli o tym, że wszystkie dzieci w polskich szkołach powinny mieć darmowe obiady. Dlaczego? Darmowe obiady dobrze zbilansowane. Kiedy współpracowałem jeszcze z Instytutem Żywności i Żywienia, to były takie jadłospisy łącznie z wyceną tych posiłków sporządzone. Dlaczego? Dlatego, że dzieci przebywają w szkołach często poza godzinami, w których powinny zjeść ten podstawowy posiłek. Czyli siedzą do 16, do 17, do 18, kupują sobie jakiś posiłek w sklepiku szkolnym albo coś tam zjadają. Jest to też jedna z przyczyn błędów dietetycznych.

Jeżeli nie siądziemy nad tym poważnie i nie rozważymy, jak to całościowo rozwiązać, to będziemy się spotykać w kolejnych latach na kolejnych komisjach, będziemy rozpatrywać wnioski NIK, które są bardzo słuszne i one są prawdziwe, i nie rozwiążemy tego problemu. Jedynie współpraca Ministerstwa Zdrowia, ministerstwa edukacji, które stworzy jednolity program walki z otyłością… Bo proszę państwa, to jest również problem ekonomiczny, dlatego, że ci ludzie potem, chorując, przede wszystkim idą na L4, ci ludzie często są wyłączeni z aktywności zawodowej, a w końcu też umierają. W związku z czym są to problemy również ekonomiczne dla państwa, więc trzeba byłoby zastanowić się i zrobić bilans, czy stworzenie jednego skutecznego systemu nie będzie lepsze niż działania takie doraźne. Już kończę. Ponieważ te działania doraźne bardzo pięknie się nazywają, natomiast są kompletnie nieskuteczne.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

Pan poseł Hardie-Douglas, proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Muszę powiedzieć, że jestem trochę zdziwiony tym raportem. Jeżeli on był adresowany do resortu zdrowia, to mnie się wydaje, że nie do końca jest to słuszne. A chyba tak było, ponieważ państwo obejmowali m.in. znaczną ilość POZ tymi swoimi badaniami i kontrolami.

Tymczasem chcę powiedzieć coś takiego, otyłość u dzieci – przed chwilą z kolegami na ten temat rozmawialiśmy – którą można w jakiś sposób leczyć, to jest 5% ze 100%. Co znaczy, że na każdą setkę otyłych dzieci 5% to są dzieci z zaburzeniami endokrynologicznymi, które powinny trafić do endokrynologa i oczywiście to można leczyć. Są to dzieci, które są leczone sterydami z powodu innych chorób, też oczywiście to powoduje tą sterydową otyłość. Natomiast pozostałe 95% – to proszę mi wierzyć, lekarz POZ poza tym, że może zrobić BMI, ten wskaźnik obliczyć, to on nie ma żadnego wpływu na to. Jest to otyłość z tego powodu, że nie jedzą, tylko konsumują zbyt wiele i te nawyki żywieniowe są złe. Dzieci jedzą takie śmieciowe jedzenie i to, o czym mówił pan poseł Miller, że nie ma obiadów w szkołach, które prawdopodobnie zbilansowane być może spowodowałyby, że potem jadłyby mniej tych różnych pokarmów, które powodują otyłość.

O ile otyłość dorosłych to jest choroba, którą można w różny sposób leczyć, ona oczywiście implikuje różnego rodzaju kłopoty z różnych dyscyplin, których już też nie chcę powtarzać, bo pan poseł Miller je wymienił. Ludzie otyli chorują na prawie wszystkie choroby częściej niż inni. Powinniśmy wszystko robić, żeby nie dopuścić do tego, żeby ludzie byli otyli. Jednak ci grubi dorośli biorą się od tych otyłych dzieci, więc trzeba wszystko zrobić, żeby zmniejszyć ten problem, który jest problemem globalnym, o tym też już tutaj powiedziano. Tutaj rozwiązanie nie jest w Ministerstwie Zdrowia, nie jest w opiece zdrowotnej, nie jest u lekarzy POZ – jest u dietetyków, u psychologów. Trzeba stworzyć pewien system, głównie chyba jednak oparty o to wszystko, co podlega ministerstwu oświaty – i tutaj, że tak powiem, próbować wpłynąć na zmianę nawyków żywieniowych, na rodziców, którzy są odpowiedzialni bardzo często za to, że dzieci mają takie a nie inne nawyki, idą na łatwiznę, dadzą parę złotych, mówiąc: idź i kup sobie coś do jedzenia. I ten idzie i kupuje to, co lubi, czyli chipsy, jakieś inne głupoty.

W związku z tym, mimo że to jest bardzo ładnie wydane i na pewno dużo tutaj państwo z NIK poświęcili pracy, to mimo wszystko wydaje mi się, że to nie jest najodpowiedniejszy raport i kierunek badania. Praktycznie nie ma żadnego leczenia dzieci z otyłością

poza tymi 5%, które oczywiście muszą być wyosobnione przez lekarza POZ czy przez pediatrę po to, żeby trafiły do specjalisty, bo tej grupie możemy pomóc.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Zanim udzielę głosu panu posłowi – myślę, że jeszcze mniej procent podlega leczeniu, bo to są choroby, które wynikają już z otyłości. Czyli nie odwrotnie, że otyłość jest spowodowana jakimiś sprawami metabolicznymi czy innymi schorzeniami, ale z otyłości wynika co? Nadciśnienie wynika z otyłości – to wiemy.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Jednak nie u dzieci, panie pośle.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

U dzieci to nawet nie 5%, ale 1%. Mówimy natomiast o ogromnym problemie zdrowia publicznego, jakim jest otyłość. Sądzę, że ten raport jest dobry, niestety rozminął się z tym, czego byśmy oczekiwali. Ponieważ to jest ogromny program edukacyjny, prozdrowotny, zgadzamy się, ale trudno, żeby Ministerstwo Zdrowia czy najlepsza przychodnia akurat z tym problemem, jakim jest nadwaga i otyłość u dzieci, potrafiła się zmierzyć – bo to jest niemożliwe po prostu.

Pan poseł Sośnierz, proszę uprzejmie.

Poseł Andrzej Sośnierz (PS):

Problem otyłości jest rzeczywistym problemem, narastającym problemem i to nie ulega wątpliwości. Skoncentrowałbym się na tym, zresztą to było tu wspominane, żebyśmy próbowali rozwiązywać problemy skutecznie, bo czasami odnosi się wrażenie, jak i w wielu innych takich chorobach, które są uwarunkowane nie tylko zresztą zdrowotnie… Weźmy nikotynizm – on rodzi skutki zdrowotne, ale to jest zachowanie kulturowe. Nie ma takiej wprost choroby jak zaburzenia metaboliczne, które by powodowały, że ludzie palą papierosy. Natomiast to wywołuje skutki. Alkoholizm. Niby wszyscy walczymy z nikotynizmem i z alkoholizmem, ale tak naprawdę to często mamy do czynienia z dość faryzejską w tym zakresie polityką, bo państwo generalnie jest czasami zainteresowane – chociaż udaje, że nie – wpływami. Nie tylko państwo, ale przedsiębiorcy i wszyscy – żeby uzyskiwać coraz większe wpływy ze sprzedaży tych szkodliwych substancji.

Chciałem przede wszystkim skupić się na tym, aby nasze działania były prawdziwe i skuteczne. W przypadku nikotynizmu, tak jak i w przypadku otyłości, to tylko jest część – problem medyczny rodzi się, można powiedzieć, wskutek zaistniałych zdarzeń, natomiast jest to najczęściej uwarunkowane kulturowo. To nie w przychodni lekarskiej. W przychodni lekarskiej już leczymy, pojawia się problem wtedy, kiedy problem zaistniał. Natomiast kiedy on się pojawia, to są to zachowania kulturowe. W innych dziedzinach należałoby też funkcjonować skutecznie, żeby odwrócić pewne trendy zachowań społecznych, zachowań ludności.

W wielu dziedzinach, pan poseł Miller też o tym mówił, o akcyjności – to jest taki trudny problem, bo on jest złożony i nie jest to tylko problem medyczny albo próbujemy go medykalizować i nie będzie to skuteczne, bo zanim ktoś zachoruje na chorobę metaboliczną w wyniku otyłości, to wpierw po prostu je, bo mu smakuje. Zachowuje się kulturowo, koledzy, wypada – nie wypada, gościmy się, obżeramy itd. Potem dopiero pojawia się przychodnia i potem już jest czasem dość późno. Nie medykalizujmy tego problemu, bo medykalizacja jest w dalszym etapie rozwoju tej choroby, tego problemu. W każdym razie, żeby coś robić, robimy właśnie coś, to zróbmy to, zróbmy jakieś akcje, zróbmy przez rok, będziemy coś tam monitorować. Pieniądze płyną i bardzo często ci, którzy chcą uzyskać te pieniądze, są inspiratorami tych akcji – a one są nieskuteczne. Dobrze byłoby zastanowić się nad skutecznością działań, zanim coś zaczniemy robić w tym zakresie.

Tutaj mój ulubiony temat, czyli podatek cukrowy. Już wiemy, że ten podatek cukrowy nie przyniósł żadnego efektu. Dzieci polskie przytyły po zastosowaniu podatku cukrowego. Podatek cukrowy… Oczywiście, że przytyły, proszę popatrzeć, jak przytyły. Celem wprowadzenia podatku cukrowego miało być obniżenie wagi dzieci. Dało to efekt? Nie

dało. Jest to właśnie też cała choroba swoista administracji i rządzących, że nie lubią się wycofywać, tylko dokładają następny. Czyli teraz już, nie daj Boże, będzie następne być może udoskonalenie podatku cukrowego lub dołożenie podatku cholesterolowego lub innych takich rzeczy. Czas wycofać się z nieskutecznych działań, bo z podatku cukrowego wycofały się niektóre państwa, bodajże Dania się wycofała, Wielka Brytania, widząc bezskuteczność swoich działań. U nas ten podatek też nie przyniósł efektu, miał on tylko efekt fiskalny i nic z tego nie wynika. Broń Boże, ręce precz od tego, żeby udoskonalać ten podatek, bo zdaje się komuś tam ręce świerzbią, żeby znów coś do tego dołożyć. Róbmy działania skuteczne i to nie podatek, tylko w zakresie… To jest bardzo trudny problem, ale żeby go tylko odfajkować – a to dajmy podatek albo coś, zróbmy program profilaktyczny, rozwieśmy plakaty, będzie fajnie. Pieniądze poszły na to – nic z tego nie wynika.

Skupmy się, warto przeglądnąć doświadczenia światowe. Być może są, nie znam w tej chwili, doświadczenia krajów lub akcje, lub też przedsięwzięcia podjęte w niektórych państwach, które dały skuteczne efekty w tym zakresie, i takie działania wprowadźmy, naśladując tych, którzy coś zrobili skutecznego, albo też wymyślając coś jeszcze, czego jeszcze nikt tam nie wymyślił. Wycofajmy się czasami. W tej chwili aż się prosi, mamy drożyznę, wycofanie podatku przynajmniej troszeczkę zmniejszy obciążenie fiskalne ludności, a nie przyniosło przecież żadnego efektu. Socjaliści tak mają, że lubią tak dokładać takie rzeczy, ale ten socjalizm to też choroba umysłu ludzkiego.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję, panie pośle. Większość pewnie się z panem nie zgadza, ale nie będziemy tutaj dyskutować. Według mnie podatek cukrowy zdecydowanie obniżył poziom cukru w napojach powszechnie używanych, źródeł cukru i tyle. Natomiast ceny papierosów również mają wpływ na to, jak się pali i ile się pali. Pewnie nie u mnie, bo mam pieniądze, ale u tych, którzy mają ich mniej, to na pewno to mocno rozważają.

Pan przewodniczący Hoc, proszę bardzo.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję, panie przewodniczący.

Myślę, że rzeczywiście otyłość i nadwaga to jest bardzo trudny problem. Na przykład wsłuchując się w takie głosy, że obniżymy – o tym podatku cukrowym itd. to możemy sobie tylko dyskutować. Dlatego że nawet sam przedmówca mówi: zróbmy coś skutecznie. A jaka jest odpowiedź na „skutecznie"? A to jest trudny problem. To zróbmy coś skutecznie, proszę powiedzieć, jaki jest skuteczny program albo skuteczne coś, co spowoduje to, że nie będziemy mieli nadwagi czy otyłości. 27% w Polce ma nadwagę i w całym świecie zresztą.

Rzeczywiście musimy powiedzieć jednoznacznie, że otyłość to jest choroba, niestety to jest choroba. Otyłość jest chorobą, ale z drugiej strony też nie możemy tak pesymistycznie patrzeć na nadwagę, otyłość, że jak już ktoś ma otyłość, to praktycznie już nie ma o czym dyskutować, bo przecież wiadomo, że żadne metody nie pomagają albo wręcz tylko ograniczają. Tylko że musimy powiedzieć, że rzeczywiście otyłość jest chorobą, ale we współczesnym świecie, współczesną medycyną potrafimy tej chorobie, tej przypadłości w jakiś sposób zapobiegać, diagnozować ją i leczyć. Oczywiście wszyscy zawsze są nastawieni, wiadomo, że odpowiednia dieta, ruch, to jest podstawa. Mało tego, niektórzy uważają, że są predyspozycje genetyczne i oczywiście jak ktoś nadużywa jakichś leków, na przykład psychotropowe leki dają nadwagę, kortykosterydy, kto używa z innych powodów, to te kwestie przyspieszają.

Natomiast chciałbym zwrócić uwagę na jedno, bo praktycznie wszyscy zawsze chcą tabletkę, chcą farmakoterapię. Teraz patrzę na pana ministra, bo praktycznie są trzy leki, które są w świecie stosowane. W USA jest najbardziej popularny analog glukagonopodobnego pepcydu-1 liraglutyd. Czyli jest to już od 2014 r., FDI zarejestrowało ten lek. Dlatego właśnie pytanie do pana ministra, ponieważ ten liraglutyd jest stosowany w cukrzycy, w niewyrównanej cukrzycy, ale też stosują ludzie, bo zatwierdzona jest w leczeniu otyłości – czy mamy jakiekolwiek szanse kiedyś, jeśli rzeczywiście FDI,

EMA zarejestruje ten lek w leczeniu również otyłości, na refundację? Oczywiście nie mówię o połączeniu leku naltreksonu z bupropionem, to też bardzo mocny lek, i orlistat, który zawsze był stosowany, ale to jest zaburzenia wchłaniania tłuszczy, miał tyle objawów ubocznych albo niepożądanych, że praktycznie ludzie odchodzili od stosowania tego leku. Ponieważ rzeczywiście są pewne kwestie, że niektórzy pomimo tego, że mają naprawdę rygorystyczną dietę, mają naprawdę różnego rodzaju ćwiczenia, to niestety ta otyłość w jakiś sposób nie poddaje się leczeniu albo nie poddaje się takim działaniom, które byśmy mieli i optymistycznie patrzyli na to.

Znam też panie… Przecież też prowadzę co prawda niedoczynność tarczycy, ale często w niedoczynności tarczycy też jest otyłość. Jeśli się leczy już potem niedoczynność tarczycy, ta otyłość znika albo się zmniejsza. Natomiast wiem, że przychodzą też pacjentki, które praktycznie stosują bardzo rygorystyczne diety i ruch fizyczny – mimo to nie poddają się.

Dlatego na koniec jeszcze może dwie takie refleksje. Jestem entuzjastą, pani poseł Marcelina na pewno to zrozumie… Pani poseł, do pani teraz będę mówił, jest tzw. shinrin-yoku. Czy wiecie co to jest shinrin-yoku? Jest to kąpiel leśna. Tak jak człowiek zanurza się w morsowaniu, w kąpieli morskiej, tak jest kąpiel leśna. Okazuje się, że kąpiel leśna – więc praktycznie wyciszenie w ekosystemie leśnym, wdychanie aerozolu leśnego itd. – co chcę powiedzieć, tam są badania naukowe przeprowadzone, że właśnie pewna gra hormonalna między greliną (to jest hormon głodu) a leptyną (to jest hormon sytości) i dinopektyną (która jest bardzo ważna w aspekcie odkładania się tłuszczów) bardzo sprzyja, reguluje i wpływa bardzo tonizująco na te kwestie właśnie hormonalne. Proszę sobie wyobrazić, na przykład teraz jest tak rozwinięta wiedza neuroendokrynna w aspekcie wytwarzania różnego rodzaju peptydów bazoaktywnych w przewodzie pokarmowym, że tam jest kilkanaście tych hormonów, gdzie kiedyś w ogóle nie myśleliśmy, że takowe istnieją. Chodzi o to, że gra hormonalna ustroju każdego jest indywidualna i na przykład takie właśnie wyciszenie powoduje to, że czasami nawet nie trzeba brać pewnych leków, natomiast wyciszyć się po prostu w połączeniu z ekosystemem.

Druga jeszcze taka uwaga. Chodzi mi o bezdechy, śródsenne bezdechy nocne, i to jest uwaga też dla otyłych kierowców, że praktycznie otyli bardzo często mają tzw. śródsenne bezdechy nocne, a to implikuje taką poważną kwestię, mianowicie, że w dzień taki człowiek musi na kilkanaście sekund albo kilkanaście minut zasnąć, musi, bo ma taką narkolepsję napadową. Kierowcy otyli, którzy mają śródsenne bezdechy nocne, muszą o tym wiedzieć, bo muszą zrobić przerwę w jeździe, żeby właśnie nawet na dwie minuty zasnąć albo odpocząć, bo i tak zasną, i tak zasną za kierownicą. Dlatego to trzeba bardzo wyraźnie wszystkim mówić, że wszyscy otyli kierowcy, którzy mają śródsenne bezdechy nocne, muszą obowiązkowo zatrzymywać się po pięciu godzinach czy trzech godzinach jazdy i odpocząć, a nawet na dwie, trzy minuty zasnąć, oczywiście na parkingu.

Jeszcze jedno pytanie, panie ministrze, to jest o karetki bariatryczne. Czy w Polsce jest już wymóg? Po powinien być taki wymóg. Mieliśmy taki przypadek, że pacjenta, który miał 200 kg, nie można było w żaden sposób przetransportować, bo praktycznie nie istniały jak dotąd karetki bariatryczne albo nosze bariatryczne, które mają unos na przykład 200 kg czy 300 kg. Teraz są specjalne takie nosze budowane, ze specjalnego materiału, ze specjalnym systemem zjazdowym albo z taką gąsienicą. Są też specjalne karetki bariatryczne, ale niestety nie we wszystkich województwach. U nas w zachodniopomorskim już są takie karetki bariatryczne. Proszę sobie wyobrazić człowieka, który będzie miał – wiadomo, jak otyłość, to ma ryzyko wielu chorób – zawał, udar, inne kwestie, i nie można takiego pacjenta przetransportować w żaden sposób. Mało tego, nawet nie można przetransportować lotniczo, dlatego że samoloty transportowe nie są przystosowane, ani nie mają przystosowanych noszy do tego, ani warunków technicznych. Panie ministrze, bardzo bym prosił również o potraktowanie tego mojego pytania jako wręcz nawet nadania obowiązku, że w każdym województwie powinny być karetki bariatryczne, powinny też być nosze bariatryczne i oczywiście w transporcie lotniczym też jakiś jeden samolot, który byłby przystosowany do szybkiego transportu ludzi otyłych, w aspekcie otyłości.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Problem transportu jest znany. Zaraz udzielę głosu. Jest taka przepiękna książka Dickensa, która się nazywa „Klub Pickwicka" i tam jest syndrom takiego sługi Joe, który nazywa się zespołem Pickwicka, on jest po prostu otyły i zasypia, i najlepszą metodą transportu była po prostu dorożka, czyli furmanka. Przepraszam, że tak mówię, ale Dickens opisywał to już prawie 200 lat temu, więc nie jest to jakaś nowość.

Jednak sądzę, że ad rem, mówmy o tym, co jest tematem dzisiejszej informacji. Wydaje mi się, że dużo mówimy otyłości i nadwadze, a mniej o skutkach otyłości i nadwagi w aspekcie dzieci, bo to jest tematem dzisiejszego posiedzenia, a nie kwestia bardzo szerokich spraw związanych z nadwagą i otyłością. Ponieważ to jest problem cywilizacyjny i nie sądzę, żeby jakikolwiek raport NIK mógł go uzdrowić, a na pewno żaden system opieki zdrowotnej na całym świecie sobie z tym nie poradzi.

Pani poseł Zawisza, proszę.

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Można sobie radzić lepiej albo gorzej. Mam dwa pytania, pierwsze jest takie: czy powstaną i czy będą obowiązkowe interdyscyplinarne zespoły mające na celu właśnie wspomożenie dzieci otyłych i ich rodzin w procesie leczenia? Ponieważ myślę, że to trochę zaskakujące, że to jeszcze nie padło, bo żyjemy w XXI w. Poseł Hardie-Douglas mówił o tym, że w przypadku większości dzieci z otyłością to jest otyłość, która wynika z problemów żywieniowych. Żyjemy w XXI w., gdzie w zasadzie wszystkie dzieci mają bardzo łatwy dostęp do internetu, gdzie wszyscy wszystkich oceniają. W związku z tym rodzi to bardzo poważne problemy z zaburzeniami żywienia i prowadzi również do tych wzrostów otyłości. To, że jest to problem globalny, jakby pokazuje, że ten czynnik dostępności internetu i tej szeroko dostępnej oceny innych osób jest jednym z tych czynników ryzyka.

W zasadzie chyba wszystkie organizacje, z którymi się kontaktowałam, które mają na celu po pierwsze rozpowszechnienie wiedzy na temat tego, czym otyłość jest, a po drugie – jak sobie z tym radzić systemowo, zwracają uwagę, że takie interdyscyplinarne zespoły mogłyby pomóc. Jeżeli mamy do czynienia z zaburzeniami żywienia, to potrzebna jest pomoc nie tylko obesitologa, ale także fizjoterapeuty. Potrzebna jest pomoc przede wszystkim psychologa i brak dostępności psychologów, brak takich zespołów interdyscyplinarnych jest moim zdaniem dużym brakiem – jeżeli nie znajdziemy pieniędzy na to rozwiązanie, to tak naprawdę nie rozwiążemy tego problemu. Zresztą Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na to, że takie interdyscyplinarne zespoły działają w wielu krajach Europy, w Stanach Zjednoczonych i jakby pomagają w tym procesie zrzucania wagi również dzieciom. Jest to moje pierwsze pytanie – o zespoły interdyscyplinarne.

Wydaje mi się, że to powinno się wiązać właśnie z tym, o czym mówiliśmy, czyli z oszczędnościami, to znaczy profilaktyka jest tańsza niż leczenie. Im szybciej taka osoba trafiłaby pod opiekę interdyscyplinarnego zespołu, wydaje mi się, tym byłoby lepiej zarówno dla jej zdrowia i życia, jak i dla finansów publicznych, systemu ochrony zdrowia oraz w ogóle zdrowia publicznego, bo do 2050 r. o cztery lata spadnie oczekiwana długość życia właśnie przez otyłość. Jest to jednak dramatyczny wynik, jeśli chodzi o Polskę.

Druga rzecz to są działania ministra zdrowia na rzecz profilaktyki, leczenia nadwagi i otyłości. Czytamy w raporcie, że miały charakter doraźny, nie były ukierunkowane na zapobieganie chorobie i zapewnienie długofalowych efektów leczenia. Mam takie pytanie: kiedy możemy się spodziewać jakiejś sensownej profilaktyki? W Stanach Zjednoczonych wyliczyli, że 1 dolar przeznaczony na profilaktykę, to jest 5 dolarów zwrotu, jeśli chodzi o późniejsze leczenie, które po prostu nie jest wymagane – i to jest ogromny zwrot. To znaczy, że tak naprawdę inwestując w profilaktykę, chronimy system ochrony zdrowia, tak żeby można było te środki przeznaczać na inne rzeczy. Wiem, że to jest jakby mantra, którą powtarzamy przy wielu chorobach, bo profilaktyka zdrowotna niestety w Polsce leży, delikatnie mówiąc. Jednak akurat tutaj – wydaje mi się, że mówił o tym zresztą poseł Miller – jakby wyjście do szkół i skorzystanie z tego dostępu do dzieci i młodzieży, które są w systemie edukacji, który jest przecież obowiązkowy, ale też organizowanie szkoleń dla rodziców… Jest masa chętnych rodziców do tego, żeby w takich szkoleniach uczestniczyć, i takie szkolenia po prostu powinny być dostępne, jak zapew-

nić dzieciom zbilansowaną dietę, w jaki sposób zachęcić dzieci do rozwoju fizycznego. Wydaje mi się, że to są rzeczy, które można byłoby zorganizować, można by to zrobić szybko i skutecznie. Tylko tak naprawdę to jest kwestia woli politycznej i tego, żeby wydać na to pieniądze. Kiedy możemy się takich rzeczy spodziewać?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł, jednak bardzo bym uważał na przytaczanie faktów ze Stanów Zjednoczonych, oni rzeczywiście doskonale leczą, natomiast ilość dzieci z otyłością mają makabryczną i pani też to doskonale wie. To nie jest w leczeniu…

Poseł Marcelina Zawisza (Lewica):

Oczywiście, przy czym…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Natomiast absolutnie są nieskuteczni w tym. Rozumiem te pytania.

Pan poseł Rutka chciał, proszę uprzejmie.

Poseł Marek Rutka (Lewica):

Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, pytanie właśnie do pana ministra Miłkowskiego, czy resort zdrowia interweniował u pana ministra Czarnka. Ponieważ w programie przedmiotu edukacja dla bezpieczeństwa wyeliminowano kwestie związane ze zdrowym odżywianiem, a wprowadzono strzelectwo. Teraz pytanie – czy może chodzi o to, aby młodzi ludzie upolowali sobie dziczyznę? Ona jest zdrowsza, w miarę chude mięso, ale czy to jest właściwy kierunek?

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bardzo proszę, pan przewodniczący chciał zabrać głos.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Marek Wójcik, Związek Miast Polskich.

Panie przewodniczący, dziękuję za udzielenie głosu. Panie i panowie posłowie, panie ministrze, szanowni państwo, w ogromnym skrócie odniosę się do tej kwestii, która jest przedmiotem dyskusji. Jestem zdania, że to jest dobry raport i sporo w nim ciekawych elementów. Zgadzam się z panem posłem Sośnierzem, że chodzi głównie o uwarunkowania kulturowe i powinniśmy się wychylić poza sektor ochrony zdrowia, żeby osiągnąć w tej sprawie sukces. Jednak w jednym momencie za chwilę się z panem posłem nie zgodzę. Natomiast kluczowe jest budowanie świadomości takiej potrzeby podejmowania działań prozdrowotnych – to jest oczywiste. W tym kontekście na pewno sam bilans zdrowia dziecka nic nie rozwiąże. Musi być to coś, o czym mówił też pan poseł przewodniczący przed momentem, mianowicie potrzeba podejmowania kolejnych działań na bazie wiedzy o tym, co w tym bilansie się znalazło.

Natomiast mówiąc o tym, że nie zgodzę się z panem posłem Sośnierzem, to chcę powiedzieć, że moim zdaniem największy wpływ na to, że w ostatnim czasie przyrasta nam liczba osób otyłych, miał po prostu covid. Szczególnie wśród dzieci i młodzieży to jest zastraszający efekt i niestety prawdziwy. Mówię to w kontekście obrony podatku cukrowego. Uważam, że to jest dobry instrument, i być może tu wiele badań naukowych, o wiele mądrzejsi ode mnie to podkreślają, że jednak to, ile spożywamy cukru, ma znakomity wpływ na to, czy udaje nam się przed tą otyłością obronić. W tym kontekście zobaczcie państwo, jak udało się w ciągu krótkiego czasu ograniczyć palenie papierosów w Polsce. To trzeba powiedzieć – że ostatnie lata przyniosły nieprawdopodobny postęp. Ale zastosowano dosyć radykalne kroki. One oczywiście na początku budziły pewne wątpliwości społeczne, ale rzeczywiście przyniosły efekt. Moim zdaniem nie da się uratować społeczeństwa przed postępującą otyłością populacji, jeśli nie będą zastosowane także rzeczywiście dosyć radykalne kroki w tej kwestii.

Natomiast mam też kilka propozycji, bo cieszę się, że państwa dyskusja właśnie idzie w tę stronę, że to nie jest tak, że tylko narzekamy, ale podajemy konkretne propozycje – więc bardzo krótko wymienię te, które sobie zapisałem. Przed chwilą pan poseł powie-

dział o podstawie programowej. Tak, chcę na to zwrócić uwagę, że z zupełnie niezrozumiałych powodów wykreślono naukę o zdrowiu z podstawy programowej. Uprzejmie prosimy o przywrócenie tego elementu krzewienia wiedzy na temat żywienia, na temat zdrowia, potrzeby dbania o swoje zdrowie.

Jeżeli chodzi o rozporządzenie tzw. sklepikowe, to też trzeba powiedzieć, że ostatnie lata przyniosły poluzowanie, zliberalizowanie przepisów w tym zakresie, a nie odwrotnie. To rozporządzenie i to, co się w tej chwili dzieje na stołówkach, to pewien odwrót od tego, co zaczęliśmy. Być może drobna sprawa, ale moim zdaniem nie drobna. Uprzejma prośba do państwa, aby wtedy, kiedy będzie nowelizacja ustawy, która dotyczy wsparcia źródeł ciepła, ratować baseny. Teraz o tym wątku finansowym. Baseny nie dostaną rekompensaty za zwiększenie kosztów zakupu ciepła czy też energii elektrycznej, więc jako niewrażliwe na razie instytucje już są zamykane pierwsze baseny, a to jest najlepszy sposób na to, żebyśmy także dawali jakieś szanse na aktywność fizyczną dzieci.

W tym kontekście chcę pochwalić program WF z AWF – i ogromna prośba, żeby ten program kontynuować. On się sprawdził. Prośba o rozważenie możliwości powrotu do pięciu godzin wychowania fizycznego, a nie ograniczenia do czterech, z jakim mieliśmy do czynienia. Prośba także o to, aby ten WF na etapie edukacji wczesnoszkolnej prowadzili fachowcy, to znakomicie może zmienić te zajęcia, bo dzisiaj robią to panie i panowie nauczyciele edukacji wczesnoszkolnej. Wydaje mi się, że powinno się wprowadzić obowiązkową edukację dla kobiet w ciąży. Już na starcie powinno się dbać o to, aby dzieci jadły, co trzeba, i miały właściwe nawyki. W tej sprawie nie mamy niestety skutecznych rozwiązań – a szkoda.

Wreszcie kwestia dotycząca samorządów terytorialnych. Gorąco prosimy o to, aby po trzech latach ciszy w tej sprawie uruchomić w Funduszu Medycznym subfundusz profilaktyki, i prosimy o pieniądze na promocję zdrowia dla jednostek samorządu terytorialnego na realizację programów, w tym także w zakresie otyłości. Gwarantujemy wówczas masowość działań. Chcę państwu powiedzieć, że wydajemy z naszych środków samorządowych w ostatnich latach około 90 mln zł. Jest to niewiele, przyznaję, to jest bardzo niewiele, jest to około 2‰ wszystkiego, co wydajemy na zdrowie – i mówię o tym otwarcie. Jednak gdyby te środki, które na przykład są w Funduszu Medycznym na ten rok, 123 mln zł, trafiły do samorządów, to zrobilibyśmy dwa razy więcej. Dlatego prosimy o te pieniądze.

Na koniec chcę prosić państwa, żebyście zajrzeli na str. 46 tego raportu, bo tam jest cudowna mapa, która pokazuje, ile mamy pediatrów, ile mamy dzieci do lat 18 przypadających na jednego pediatrę. Proszę, żebyście państwo otworzyli na tej stronie, bo tam mamy informację, z której wynika, że w województwie łódzkim mamy dwa razy mniej dzieci na jednego pediatrę, co należy pochwalić, niż na przykład w województwie lubelskim, gdzie mamy ich 935 do 460. Skala niebywała, dwa razy więcej dzieci w lubelskim niż w łódzkim – to powinno też ministra zdrowia skłonić być może do jakichś kroków, aby wykonać jakiś ruch, żeby więcej lekarzy chciało być pediatrami i żebyśmy tę ewidentną nierówność zlikwidowali.

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Rozumiem, że pan apeluje do tzw. przydziałów pracy. Podlegałem temu, jeżeli nie miałem miejsca pracy, to na Lubelszczyznę albo na warmińsko-mazurskie się dostawałem.

Pełnomocnik zarządu Związku Miast Polskich Marek Wójcik:

Panie przewodniczący, ja też podlegałem jako dziecko rodziców…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Rozumiem to, co pan podkreślił, jeżeli chodzi o te sprawy samorządów, jeżeli chodzi o sprawy NGO, jeżeli chodzi o sprawy edukacji i promocji, mniej profilaktyki, bo ta profilaktyka już jest związana z leczeniem, a to są sprawy pilne – i sądzę, że należałoby rozważyć, żeby jakieś programy właśnie promocyjne, raczej kierowane z edukacji, Ministerstwo Zdrowia z funduszu…

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Chwileczkę. Żeby jednak uruchomiło, bo to są cenne rzeczy. Niestety z otyłością i nadwagą wśród dzieci nie wygramy medykalizacją w żadnym wypadku, choćby każde dziecko dostało trulicity raz w tygodniu, bo nie każde skonsumuje zastrzyk w brzuch i nie widzę potrzeby, żeby ten zastrzyk w brzuch każdemu dziecku gdzieś tam fundować, z płonną nadzieją, że akurat nie przytyje.

Jeszcze pan poseł Korwin-Mikke. Chciałbym też, żeby się pan dyrektor i pan minister króciutko już …

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Chciałem zauważyć, że słyszę niebezpieczne głosy, że trzeba likwidować nierówności. Otóż zwracam uwagę, że jeżeli w województwie lubelskim dzieci są dwa razy bardziej otyłe, to przecież w łódzkim są dwa razy bardziej szczupłe, więc nie rozumiem, dlaczego likwidować nierówność.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Chodzi o ilość pediatrów na ilość dzieci w danych województwach – i ta nierównowaga jest. Jeżeli mówimy o wyrównywaniu szans, to dobrze by było, żeby w lubelskim było więcej pediatrów, niż jest dzisiaj.

Proszę bardzo, pani poseł jeszcze.

Poseł Elżbieta Płonka (PiS):

Panie przewodniczący, dziękuję.

Panie ministrze, w raporcie NIK również jest sprawa dietetyków. Wystosowałam taką interpelację do Ministra Zdrowia z pytaniem o to, czy ministerstwo rozważałoby włączenie dietetyków do systemu ochrony zdrowia. Rzecz jasna chodzi o to, żeby byli po prostu opłacani w przypadkach określonych, gdzie faktycznie ustalenie zasad dietetycznych byłoby pierwszym przynajmniej krokiem do walki z otyłością lub innymi zaburzeniami metabolicznymi. Natomiast my jako lekarze i pielęgniarki POZ nie mamy też czasu, żeby ustalać albo rzeczywiście każdemu poświęcić tyle czasu, żeby określić jego potrzeby kaloryczne, sposób odżywiania. Zwracam uwagę na to tylko, że absolutnie wymaga to zastanowienia się nad własnym trybem życia, ale nie mamy do pomocy dietetyków, wprost ludzie kupują jakieś pudełkowe diety, wydają na to kupę pieniędzy. Mamy podobno bardzo dużo wykształconych dietetyków, bo wiele uczelni kształci dietetyków. Natomiast nie ma takiego zaangażowania w systemie ochrony zdrowia.

Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję. Pani poseł, ale nikt chyba nie przeszkadza, żeby w POZ był zatrudniony dietetyk. Z tego co wiem, przepisy nie przeszkadzają, a jak nie przeszkadzają, to bardzo proszę, trzeba tylko wyasygnować parę groszy z zarobków lekarzy, bardzo skromnie zresztą opłacanych w POZ, i ten dietetyk też mógłby się tam znaleźć, w AOS również.

Panie ministrze, proszę odnieść się do tych uwag. Pan dyrektor pewnie podsumuje i zakończymy

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Dziękuję bardzo serdecznie.

Było bardzo dużo takich głosów różnych, co można zrobić. Oczywiście cała dyskusja o tym, że wydatki na profilaktykę, każdy wydatek się zwróci – to nie jest takie proste. Każdy dobrze wydany wydatek się zwróci, bo trzeba monitorować skuteczność tych działań profilaktycznych, wydatków, ponieważ też można wszystkie pieniądze utopić i żadnego efektu z tego nie mieć. Jest to bardzo trudna rzecz, to, co wiemy w różnych uzależnieniach, bo w uzależnieniach, gdzie widzimy papierosy i inne rzeczy. To samo, tak jak wszyscy mówili, diety pudełkowe, odchudzanie się. Wszyscy przeszli już ten etap, że każdy co najmniej kilka razy się odchudzał – i efekty są różne z tego zakresu. Jednak fakt jest taki, co pan poseł Douglas mówił, że typowo lecznicze problemy u dzieci

to jest zdecydowana mniejszość. Akurat ta dziedzina w niektórych zakresach jest bardzo dobrze zorganizowana, populacja naszych endokrynologów dziecięcych mówi, że opieka nad dziećmi z zakresu cukrzycy jest właściwie prowadzona i na tle Unii Europejskiej bardzo dobrze. Oczywiście to jest pewnie wyjątek, bo problemy mamy w tej populacji zdrowej, jak to mówimy – zdrowej, ale jednak z problemami nadwagi i otyłości.

Było dużo mowy o współpracy właśnie zespołu interdyscyplinarnego, lekarza, dietetyka, psychologa, pan poseł Miller mówił, pani poseł Zawisza. I tutaj ten element, na który zwracałem uwagę – dostaliśmy decyzję wykonania, żeby przygotować opiekę dedykowaną dla pacjentów z nadwagą i otyłością. Dostaliśmy czas do wykonania takiego zadania, żeby to wdrożyć, m.in. ten materiał Najwyższej Izby Kontroli był też przyczynkiem.

Było pytanie, czy w zakresie farmakoterapii możemy korzystać z tego zakresu. Nie udało nam się wdrożyć do KOS-BAR farmakoterapii, żeby była częścią etapu leczenia, ale na pewno rozmawiałem z firmami, wiem, że na rok przyszły przygotowują się do złożenia programu lekowego, bardzo jasno dedykowanego, żeby oprócz leczenia chirurgicznego było również leczenie farmakologiczne. Mam teraz doniesienia światowe, że farmakoterapia niektórymi lekami jest bardzo skuteczna. Oczywiście cały czas nie wiadomo, bo to są badania kliniczne bardzo krótkie i nie wiadomo, co będzie za pięć, dziesięć lat, czy i jak należy stosować tę farmakoterapię. Jednak wiem, że na przyszły rok firmy się do tego szykują. Oczywiście wiemy, że też nie stać byłoby nas, żeby zastosować leczenie otyłości farmakoterapią dla całej populacji powyżej 25 BMI czy nawet powyżej 30. Mamy dla pacjentów z cukrzycą finansowane leki, które wiemy, że zmniejszają masę ciała i bardzo skutecznie, ale dla populacji ogólnej – nie. Jednak pewnie, tak jak powiedziałem, będzie program lekowy.

Była mowa o tym, że w wielu zakresach, jeżeli chodzi o otyłość dzieci, to są efekty pracy rodziców, współpracy rodziców z dziećmi, i dbają rodzice o to, żeby tak było. Oczywiście jedzenie śmieciowe na pewno nie sprzyja zdrowiu dzieci, bo widzimy, że bardzo duża część populacji, być może więcej dzieci korzysta z jedzenia śmieciowego niż nawet dorosłych, to w ogóle populacja być może trudniejsza nawet niż my, dorośli.

Pan minister Marek Wójcik dwie rzeczy poruszył: Fundusz Medyczny – to oddam głos dyrektorowi – i edukacja, współpraca z Ministerstwem Edukacji i Nauki. Faktycznie była dyskusja na komisji wspólnej w zakresie przeniesienia godzin, ale zadania edukacyjne pozostały w innych zakresach godzin lekcyjnych.

Traktuję to, co państwo mówili, głównie jako takie wytyczne, zalecenia, żeby ten program współpracy był kompleksowy. Chociaż on (NPZ) jest jasny, całościowy, wprawdzie tam jest kilkuletni w niektórych zakresach czy są środki norweskie, ale myślę, że ten program być może pilotażowy będzie kompleksowy dla tej grupy pacjentów, którzy mają problem z otyłością.

Pytania konkretne o karetki bariatryczne. Wiemy, że niektórzy dysponenci posługują się karetkami specjalnymi do przewożenia osób z otyłością olbrzymią, ale nie ma wytycznych, żeby były na każde województwo. Przeanalizujemy sytuację, jak wygląda właśnie sytuacja w poszczególnych regionach, i to możemy przekazać. Pan poseł Hoc pytał, karetki bariatryczne, nosze, transport lotniczy.

Pani poseł Zawisza w tym zakresie z nami mocno współpracuje, też żeby mieć bazę danych świadczeń, które mogą być wykonywane, na pewno rezonanse magnetyczne tu są nie wszystkie dostosowane do tego, żeby mieć bazę, gdzie takie świadczenia można zrealizować.

Może teraz oddałbym głos panu dyrektorowi, żeby opowiedział o tym strzelectwie czy profilaktyce z Funduszu Medycznego.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję, panie ministrze.

Panie dyrektorze, krótko uzupełnienie, rozumiem, że wchodzimy w zakres interdyscyplinarny zdrowie–edukacja.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia Dariusz Poznański:

Szanowny panie przewodniczący, szanowni państwo, współpracujemy z Ministerstwem Edukacji i Nauki i to nie jest tak, że zmiana, która zaistniała, doprowadziła do uszczu-

plenia tych treści, które są obecne w podstawach programowych różnych przedmiotów. Odnosząc się do tego postulatu utworzenia lekcji o zdrowiu, to w ramach strategii onkologicznej ma być niedługo uruchomiony pilotaż właśnie takich lekcji o zdrowiu, na razie poprzez wykorzystanie godzin lekcji wychowawczych, i zobaczymy, jak to nam pójdzie. Tutaj takie działanie jest przewidziane.

Jeżeli chodzi o postulat uruchomienia środków z funduszu profilaktycznego w ramach Funduszu Medycznego, to też jest przygotowanie, żeby te środki w ramach konkursu zacząć rozdysponowywać dla jednostek samorządu terytorialnego. Chociaż na razie propozycja, która jest, nie dotyczy wprost kwestii nadwagi i otyłości, ale ważnego i istotnego problemu zdrowia publicznego. Jeszcze tutaj trwa dyskusja między Ministerstwem Zdrowia i Kancelarią Prezydenta RP, ale wydaje się, że jesteśmy na finiszu.

Jeszcze może takie zdanie podsumowujące na temat ogólnopolskiej strategii profilaktyki i koordynacji działań. Pan minister wspomniał, że mamy przecież „Narodowy program zdrowia", który jest ogólnopolską strategią, jest rozporządzeniem Rady Ministrów, na podstawie którego realizowane są programy na szczeblu centralnym, ale też samorządowym. Zgodnie z tym programem mamy sprawozdawczość roczną i doskonale wiemy, jakie programy są realizowane. Tych programów jest bardzo dużo i prewencja nadwagi oraz otyłości jest pierwszym celem operacyjnym tego programu. Na profilaktykę w Polsce łącznie wydaje się ponad 6 mld zł i ta liczba programów przekracza 35 tys. Czyli to, co jest też dużym wyzwaniem, to jest skoordynowanie tych działań – i tutaj przygotowujemy projekt nowelizacji ustawy o zdrowiu publicznym, dzięki któremu mamy nadzieję, że uda nam się troszeczkę tę koordynację poprawić.

Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

Bardzo proszę pana dyrektora o jakieś krótkie résumé tej dzisiejszej dyskusji.

Pełniący obowiązki wicedyrektor Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Rzeszowie Robert Łukasz:

Panie przewodniczący, dziękuję bardzo.

Króciutko w dwóch kwestiach. Dziękuję bardzo wszystkim państwu posłom za miłe słowa pod adresem naszej informacji. Odniosę się do jednego krytycznego głosu, który sobie wynotowałem. Pan poseł Douglas mówił, że wnioski, które sformułowaliśmy, to niekoniecznie do ministra zdrowia. Cieszę się, że pan minister nie podziela tego poglądu i jakby czuje się autorem, przynajmniej w części tych wniosków. Nawet jeśli tak jest, że otyłość czy nadwaga u dzieci w znakomitej większości przypadków problemem medycznym nie jest, to można przypuszczać, że jeszcze nie jest, bo późniejsze losy takich dzieci mogą taki problem wywołać. Tak zrozumiałem z wypowiedzi pana ministra, że działania wielowątkowe są planowane i będą podejmowane, żeby ten problem rozwiązać.

Szanowni państwo, to rzeczywiście jest tak, że lekarz POZ, który najczęściej spotka się z wczesnym problemem nadwagi czy otyłości, zwłaszcza jeżeli to właśnie jest ten niemedyczny jeszcze przypadek, nie ma gdzie takiego pacjenta – a w zasadzie takiej rodziny – skierować. W jaki sposób takiej rodzinie można zapewnić pomoc w ramach systemu, czy obok POZ, czy to byłaby jakaś inicjatywa przy współudziale samorządu, bo niektóre samorządy z własnych środków podejmują tego typu działania – to jest właśnie ta dyskusja, która powinna doprowadzić do takiego rozwiązania. Cieszę się, że nasz raport przyczynił się do takiej dyskusji, taki był również jego cel.

Bardzo państwu dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo.

Kończąc, chciałem powiedzieć, że ten raport był potrzebny, ta dyskusja również była potrzebna. Wyciągam z tego taką informację, że jeżeli chodzi o stricte tylko i wyłącznie temat naszej dzisiejszej informacji, czyli dostępność profilaktyki dla dzieci z zaburzeniami metabolicznymi, które wynikają z otyłości czy z nadwagi, to rozumiem, że cukrzyca jest tutaj brana pod uwagę i te leki, które mają wpływ na ograniczenie wagi ciała, są czy będą refundowane zwłaszcza dla tej grupy dzieci. Rozumiem, że to jest wiele problemów

typowo wskaźnikowych itd., ale chyba one już też są w części refundowane, zwłaszcza dla dzieci, jeżeli chodzi o cukrzycę z nadwagą. Jest to pierwsza sprawa.

Natomiast oczywiście, że druga sprawa to jest kwestia promocji zdrowia i profilaktyki nadciśnienia. Drogi panie dyrektorze, otyłość jest problemem medycznym, ale wynika z zachowań behawioralnych, czyli naszych zachowań kulturowych, ale również jest po prostu chorobą cywilizacyjną. Alkoholizm jest problemem medycznym, mimo iż problem jest zdecydowanie szerszy – i o tym musimy pamiętać.

Dziękując, chciałbym stwierdzić, że dzisiejszy porządek dzienny żeśmy wyczerpali, bo omówiliśmy informację przedstawioną przez NIK, i tym samym stwierdzam, że kończymy dzisiejsze posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.

Oczywiście protokół dzisiejszego posiedzenia, z załączonym pełnym zapisem jego przebiegu, będzie do wglądu – jak zwykle – w sekretariacie Komisji w Kancelarii Sejmu.

Dziękuję, do widzenia.